PERIODO DE SUPERVISIÓN: del 26 de enero al 25 de febrero de 2026

I. DATOS GENERALES DEL NEGOCIO JURÍDICO:

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA PERSONERÍA MUNICIPAL EN EL SEGUIMIENTO, ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.
CONTRATANTE	PERSONERÍA MUNICIPAL DE ARMENIA
REPRESENTANTE LEGAL	JULIANA VICTORIA RÍOS QUINTERO C.C 1.096.032.381 de La Tebaida, Q
CONTRATISTA	CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA 1.015.402.970 de Bogota.
FECHA DE INICIO	26 de enero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	25 de mayo de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN PRÓRROGA	N/A
PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL	CUATRO (04) MESES
PLAZO DE EJECUCIÓN TOTAL	N/A
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS ($14.800.000) MCTE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	N/A
FORMA DE PAGO	MENSUAL MES VENCIDO
SUPERVISOR	ASTRID LORENA ZAPATA SERNA Profesional Universitario Grado 4
ADICION	NO
VALOR DE LA ADICION	N/A
PRÓRROGA	NO
TIEMPO DE PRÓRROGA	N/A

II. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Conforme la cláusula cuarta del contrato**,** para que la entidad proceda a realizar los trámites y gestiones pertinentes para el pago de la contratista por sus servicios prestados para el periodo informado, es necesaria la certificación o constancia de cumplimiento a satisfacción de las obligaciones derivadas del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NÚMERO 035 DE 2026.**

En ese sentido, una vez recibido el informe de actividades presentado por la contratista **CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA,** para el periodo comprendido entre el catorce (26) de enero de dos mil veintiséis (2026) al veinticinco (25) de febrero de dos mil veintiséis (2026), se evidencia que ésta cumplió a satisfacción con las actividades encomendadas por la **PERSONERÍA MUNICIPAL DE ARMENIA,** conforme a las obligaciones derivadas del contrato. Adicionalmente se aclara que, si en la obligación contenida CLAUSULA SEGUNDA NUMERALES 4 y 6 la contratista no informo actividades desarrolladas en el periodo informado, se debe a que la entidad no solicito a la contratista la prestación de dicha obligación.

En conclusión, la suscrita supervisora por medio del presente deja constancia del cumplimiento a satisfacción por parte de la contratista **CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA** de las obligaciones

contenidas en el **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NÚMERO CPS-035-2026-PMA**, dentro de periodo comprendido entre el veintiséis (26) de enero de dos mil veintiséis (2026) al veinticinco (25) de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Lo anterior, para que la entidad continúe con los trámites y gestiones pertinentes para proceder al pago del contratista.

III. VERIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

De conformidad con la **CLÁUSULA DECIMOCUARTA SUPERVISIÓN**, corresponde la suscrita supervisora verificar el cumplimiento de la contratista en los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales. Del certificado de aportes que adjunta el contratista en su informe de actividades, se observan los siguientes aportes:

Aportes realizados entre el 01/01/2026 al 31/01/2026

CLASE DE APORTE	ENERO	INTERESES DE MORA	TOTAL, APORTES
SALUD	$218.000=	$2.400	$221.300=
PENSIÓN	$280.200=	$3.100	$283.300=
RIESGOS LABORALES	$42.700=	$500	$43.200=
TOTAL			**$547.800**
No. de planilla:			**8346647067**
Fecha de pago:			**06/03/2026**

Se aclara que para el presente informe, a la contratista se le recibe el pago de los aportes correspondientes al mes de enero de 2026, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.7., del Decreto 780 de 2016 que contempla que el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido, razón por la cual el contratista asume la responsabilidad del pago de los aportes correspondientes a los días primero (01) al veintiséis (26) de febrero de 2026, que de acuerdo con los últimos dos dígitos del número de cedula le correspondiente al Doce (12) día hábil del mes de Marzo de 2026, comprometiéndose a presentar la planilla y el recibo de pago correspondiente.

IV. SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DENTRO DEL PERIODO INFORMADO.

Para efectos de determinar el cumplimiento a satisfacción del contratista, se tuvo en cuenta los documentos aportados en el informe de actividades y presentado por el contratista en **once (11) folios que contiene las respectivas evidencias de la ejecución del periodo que se pretende paga**r, documentos que serán incorporados en el expediente contractual además, los documentos que reposan en la gestión documental de la entidad, específicamente en el área del **PERSONERIA DELEGADA PARA LOS DERECHOS HUMANOS.**

V. RESUMEN FINANCIERO DEL CONTRATO

DESCRIPCIÓN	VALOR
1. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL	
1.1. Disponibilidad Presupuestal:	0042 del 22 de enero de 2026
1.2. Disponibilidad Presupuestal adición:	N/A
1.3. Registro Presupuestal:	0060 del 22 de enero de 2026
1.4. Registro Presupuesta adición:	N/A

1.5. Rubro		servicios prestados a las empresas y servicios de producción
1.6. Código		2.1.2.02.02.008_1
2. VALOR CONTRATO		
2.1. Valor Inicial		$ 14.800.000
2.2. Valor adicional		N/A
2.3. Disminución del valor inicial		$0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		**$ 14.800.000**
3. PAGOS PARCIALES		
INFORME	**FECHA**	**VALOR**
01	27/02/2026	$ 3.700.000
4. PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL		33.33%
5. VALOR PRESENTE INFORME		$3.700.000
6. SALDO DEL CONTRATO		**$ 11.100.000**

La presente acta de supervisión se suscribe conforme al cronograma del SECOP II, ya que a la fecha se cumple con los preceptos jurídicos.

Astrid Lorena Zapata

ASTRID LORENA ZAPATA SERNA
Profesional Universitario Grado 4
Supervisor

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA
No. Identificación: CC1015402970
Dirección: CRA 90B 71 A 75
Telefono: 3187957036
Correo: carolina.castanedav87@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8346647067

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA
Tipo y número de identificación	CC1015402970
Número de planilla	8346647067
Fecha pago	2026-03-06
Número de autorización pago	93004797
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	547800
Total Intereses de Mora	6000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	43200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	283300	1
EPS008	Compensar EPS	221300	1

8346647067

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1015402970
APELLIDOS Y NOMBRES: CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015402970	CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA	Cra 90b 71 a 75	3187957036	carolina.castanedav87@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		46647067		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$547.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	17	2.400	0	221.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	17	3.100	0	283.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	17	500	43.200			427	43.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.300
Pensión	1	280.200	283.300
Riesgos Laborales	1	42.700	43.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	547.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015402970	CAROLINA CASTAÑEDA VALENZUELA	Cra 90b 71 a 75	3187957036	carolina.castanedav87@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		46647067		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$547.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1015402970	CASTAÑEDA VALENZUELA CAROLINA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información